

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1932.

N°

THÈSE

229

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Robert SZIGETI

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 5 Mars 1905, à Paris (Seine)

*Essai de Statistique
sur la date de début clinique
et la fréquence
des Syphilis nerveuses*

Président : M. le Professeur GUILLAIN

PARIS

IMPRIMERIE SERRE
23, RUE DE ROCROY

—
1932

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1932.

N° _____

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Robert SZIGETI

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 5 Mars 1905, à Paris (Seine)

*Essai de Statistique
sur la date de début clinique
et la fréquence
des Syphilis nerveuses*

Président : M. le Professeur GUILLAIN

PARIS
IMPRIMERIE SERRE
23, RUE DE ROCROY

1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEUL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	CUNEO.
	LEIARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.
BROCO	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILEY-BERT	Physiologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.

MM.

JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri	Chimie biologique.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS APPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.

MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR

ALEXIS PISSAVY

Médecin de l'Hôpital Cochin
Chevalier de la Légion d'Honneur

Le plus bienveillant des Maîtres.

A MES PARENTS

*En témoignage de l'infinie reconnaissance
que j'en leur dois.*

A MA FEMME

AUX MIENS ET A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR GUILLAIN

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique des maladies du système nerveux
Médecin de l'Hospice de la Salpêtrière
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR RAVAUT

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a suggéré le sujet de cette thèse et
nous a guidé de ses précieux conseils,
en témoignage de notre reconnaissance.*

A M. LE DOCTEUR VICTOR VEAU

Chirurgien de l'Hospice des Enfants Assistés
Officier de la Légion d'Honneur

A M. LE DOCTEUR ERNEST DE MASSARY

Médecin de l'Hôpital Beaujon
Officier de la Légion d'Honneur

A M. LE DOCTEUR ANDRÉ MARTIN

Médecin Honoraire de l'Hôpital Beaujon
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui fut notre premier Maître. Avec toute
notre reconnaissance.*

A M. LE DOCTEUR ETIENNE BERNARD

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages

- 1926 M. le Professeur LEJARS
M. le Professeur SERGENT
- 1927 M. le Docteur BENSAUDE
M. le Docteur ROBINEAU
M. le Professeur MARFAN

Externat

- 1928 M. le Docteur VICTOR VEAU
- 1929 M. le Docteur PISSAVY
- 1930 M. le Docteur E. DE MASSARY
- 1931 M. le Docteur P. RAVAUT

INTRODUCTION

Dés travaux statistiques récents, tant en France, qu'à l'Étranger, dus, les uns à l'initiative personnelle, les autres à l'intervention du Bureau de Médecine et d'Hygiène de la Société des Nations, ont mis en lumière, par le chiffre et le tracé graphique, la fréquence relative des localisations nerveuses de la syphilis et de chacune d'entre elles.

Il semble intéressant d'apporter à ces éléments un complément statistique indiquant les échéances cliniquement appréciables de la syphilis nerveuse et de chacune de ses formes. C'est à cet essai que nous nous attacherons au cours de ce travail.

Chacun sait l'opposition que l'on rencontre auprès des malades quand on veut leur appliquer systématiquement la ponction lombaire ou même le simple contrôle de séro-diagnostic. C'est pourquoi, en dehors de la ponction lombaire et des renseignements qu'elle fournit, nous avons recherché dans l'ensemble des dossiers des malades syphilitiques du service de notre maître, le Docteur RAVAUT, à l'Hôpital Saint-Louis, quel est le premier signe clinique, qu'il soit la découverte d'un examen systématique ou qu'il amène le malade à consulter, qui fait porter le diagnostic de syphilis nerveuse et surtout à quelle date de l'évolution de la syphilis il apparaît.

Nous n'entrerons jamais dans les discussions des unicistes et des dualistes sur la nature du tréponème, ni ne reviendrons sur la conception de la

nosologie générale de la syphilis, et sa conclusion pratique « la phase préclinique des déterminations nerveuses de la syphilis » exposée par RAVAUT, MERZBACHER, NONNE et autres, révélable par la seule ponction lombaire, ni ne tenterons une nouvelle indication de telle ou telle thérapeutique anti-syphilitique. Nous nous bornerons à une étude statistique que nous nous efforcerons de résumer et de rendre claire grâce à quelques graphiques ou tableaux et nous essaierons d'en tirer les enseignements pratiques qui s'en dégagent.

BASES DE LA STATISTIQUE

Les documents dont nous nous sommes servis pour établir une telle statistique sont tirés de deux sources très différentes.

D'abord, nous avons dépouillé l'ensemble des dossiers des malades syphilitiques traités dans le service du Docteur RAVAUT depuis l'ouverture de ce service en 1921, jusqu'en 1932. Nous avons mis à part ceux qui, à un moment donné de leur évolution, ont présenté un premier signe de syphilis nerveuse, qu'elle soit vasculaire ou parenchymateuse, sans nous occuper du traitement subi, ni de l'évolution ultérieure de la détermination. Le premier signe clinique seul nous importait, et sa date d'apparition. Nous avons ainsi pu établir un premier tableau montrant que parmi 6.113 dossiers dépouillés nous trouvons 318 déterminations nerveuses (soit 5,2 %) et leur détail. Il apparaît d'emblée que, sur 318 cas, la date de début de l'infection, même approximative, (chancre ou accidents secondaires) n'a pu être fixée 32 fois, c'est-à-dire dans 10 % des cas. Nous n'ignorons pas la faiblesse d'une telle statistique, eu égard à son nombre de cas restreint et à ses nombreuses autres sources d'erreur. Nous avons alors tenté de les rectifier en faisant un travail semblable dans le service du Professeur GUILLAIN à la Salpêtrière. Là, nous avons rencontré de nouvelles sources d'erreur sur lesquelles nous reviendrons dans un instant. Quoi qu'il en soit, nous y avons dépouillé

2.036 dossiers, pris au hasard parmi ceux du service, et nous y avons cherché les syphilis nerveuses. Nous avons pu réunir 374 nouveaux cas. Bien entendu, nous n'en tirons aucun pourcentage puisqu'il s'agit de 2.036 dossiers pris au hasard et non de 2.036 dossiers de syphilitiques. Nous avons alors établi un tableau semblable au premier et nous nous sommes aperçus que sur les 374 cas relevés dans le service de neurologie, 338 fois on n'a pu trouver la date de début, c'est-à-dire dans plus de 90 % des cas. r

C'est qu'il existe des différences apparentes notables entre un service de syphilis en général et un service de neurologie qui recueille des syphilitiques nerveux. Alors qu'un service tel que celui du Docteur RAVAUT voit surtout venir des syphilitiques porteurs du chancre ou d'accidents cutanés secondaires, qui peuvent du reste venir s'y faire traiter durant de nombreuses années, un service de neurologie tel que celui du Professeur GUILLAIN ne voit de syphilitiques que des syphilitiques nerveux qui viennent consulter pour des troubles nerveux nouveaux ou gênants, et qui, le plus souvent, n'ont aucun souvenir d'un accident de début et n'ont suivi aucun traitement spécifique au cours de leur existence. C'est ce qui explique l'immense écart des pourcentages de débuts inconnus du premier au second service visités, qui va de 16 à 90 %.

Nous n'ignorons pas les sources d'erreur que contient une telle statistique mais nous n'entrons pas dans leur détail. Nous n'en indiquerons ici que quelques-unes des plus importantes. Encore une fois un service de syphilitiques voit surtout des malades récents. Dans ce travail, sur le total des dossiers examinés, il en est un certain nombre appartenant à

des malades récemment avariés qui sont peut-être dans la phase préclinique de RAVAUT, mais qui n'ont même pas eu le temps de voir apparaître un signe clinique de détermination nerveuse. Une autre partie de ces dossiers appartient à des malades qui ne sont pas revenus depuis des années, soit par négligence, soit qu'ils aient continué leur traitement dans un autre service ou en ville. De plus on sait que dans les services de syphiligraphie un grand nombre de malades abandonnent spontanément tout traitement au bout de quelques années, malgré les efforts faits pour les suivre plus longtemps. Nous nous sommes appliqués à rechercher dans l'un et l'autre services que nous avons visités des malades qui seraient communs ; nous n'en avons pas trouvé parmi ceux des dossiers dépouillés.

La statistique établie dans le service du Professeur GUILLAIN n'a pu être utilisée dans la statistique générale de la date de début, eu égard au nombre très grand, atteignant 90 %, des débuts inconnus. Nous l'avons pourtant utilisée pour une autre partie de notre travail où nous apportons une contribution à la statistique de fréquence relative de chacune des déterminations nerveuses de la syphilis.

Nous insisterons un peu plus sur un point très criticable de notre travail : le choix des signes de début d'une détermination nerveuse, les catégories, les titres choisis pour cette statistique.

Au cours du chapitre suivants, qui rappellera brièvement l'historique des travaux statistiques, nous verrons les catégories choisies par Alfred FOURNIER d'abord et reprises par MILIAN dans le gros traité de GAUCHER. Nous verrons également celles choisies par notre maître le Docteur RAVAUT pour sa statistique personnelle de 1919. Dès maintenant nous in-

sisterons sur le fait que nous avons négligé, au cours de ce travail, tout ce qui est céphalée. La céphalée est un phénomène fréquent chez les non syphilitiques. Depuis la découverte des traitements spécifiques et en particulier des arsenicaux, chacun sait la fréquence des céphalées dues au traitement et qui cessent si on arrête la cure ou si l'on change le médicament employé. Enfin il y a les céphalées persistantes, tenaces, sans origine nettement reconnue et qui cèdent au traitement anti-syphilitique. Devions-nous inclure l'ensemble de ces céphalées dans notre statistique ? Comment faire la part exacte de leur étiologie ? Nous avons préféré, suivant en cela l'exemple de M. RAVAUT, n'en pas tenir compte. De même nous avons éliminé les accidents d'épilepsie que M. RAVAUT avait pourtant retenus en 1919. Il nous a semblé que l'épilepsie relève beaucoup plus souvent d'autres causes que de syphilis. En effet, sur la centaine de dossiers d'épileptiques que nous avons dépouillés chez le Professeur GUILLAIN deux seulement avaient une étiologie presque évidemment spécifique. Enfin nous n'avons pas retenu non plus la cinquantaine de cas de zona survenant chez des syphilitiques dont nous avons eu les dossiers entre les mains.

La plus importante des sources d'erreur d'une statistique, réside, à notre avis, dans le nombre trop restreint étant donnée la totalité des syphilitiques, de dossiers que l'on peut étudier dans un service. Nous reviendrons sur l'utilité d'un organisme central réunissant tous les chiffres fournis par les services d'un pays et établissant une statistique importante. Seul, on dispose d'un nombre de documents insuffisant. Qu'un simple calcul mathématique nous soit permis : si l'on regarde une courbe des 318 cas

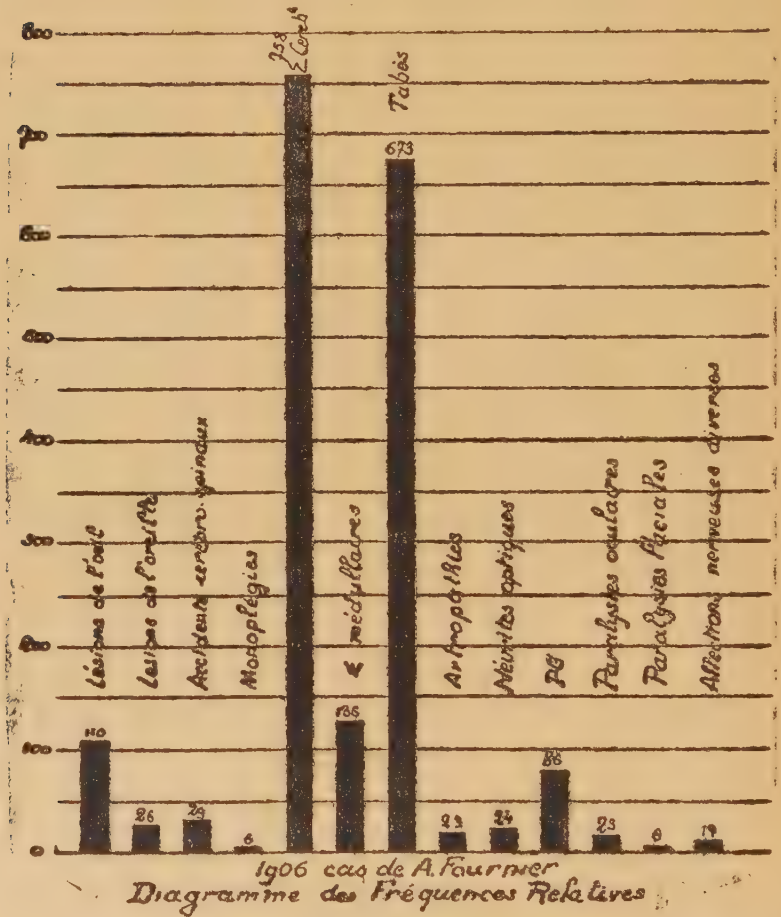
du service RAVAUT, mettant en évidence le nombre des syphilis nerveuses révélées par année d'évolution, on voit que les différences d'une année à l'autre vont du simple au quintuple. Le calcul montre que pour amortir ces différences il aurait fallu consulter un nombre de dossiers 25 fois plus grand.

Ces critiques étant établies pour montrer que nous ne les méconnaissions pas et que nous savons la valeur toute relative d'une statistique, nous allons aborder le chapitre historique des travaux de ce genre.

HISTORIQUE

Alfred FOURNIER est le premier auteur qui ait tenté une statistique des déterminations nerveuses de la syphilis. Encore l'a-t-il englobée dans un travail plus étendu, paru dans son traité sous le titre : « Manifestations tertiaires de la syphilis ». Bien entendu sont hors de cette statistique toutes les affections que FOURNIER a rangées dans la catégorie des accidents nerveux de la période secondaire. Nous ne faisons que les citer telles qu'il les classait : céphalée, troubles du sommeil, asthénie nerveuse secondaire, douleurs et névralgies, névrites et polynévrites secondaires, troubles de la sensibilité générale, tremblements musculaires, surexcitation ou réveil de névroses antérieures, épilepsie secondaire, névrites du grand sympathique. Nous insisterons sur son travail relatif à la fréquence des diverses manifestations tertiaires de la syphilis. Là, en effet, on relève, sur 4.400 cas étudiés, 1916 cas que nous pouvons classer dans la série des déterminations nerveuses. On peut selon ce travail les ranger en 14 catégories et l'on s'aperçoit que FOURNIER séparait alors nettement la syphilis cérébrale, la syphilis médullaire, les accidents cérébro-spinaux par exemple, de la paralysie générale, du tabès, du tabès cérébro-spinal. Le diagramme n° 1 indique nettement, en dehors de l'importance des affections que FOURNIER range sous le nom de syphilis cérébrale, le nombre considérable des cas de

tabès. Cette constatation se retrouvera continuellement au cours de ce travail et nous aurons l'occasion de montrer, à côté du clocher tabès toujours élevé, le clocher paralysie générale qui s'élève peu à peu.



Très vite après FOURNIER la question des déterminations nerveuses de la syphilis a pris de l'importance. Le Docteur MILIAN, dans le gros traité de GAUCHER, a alors consacré un chapitre à la syphilis

du système nerveux. Dès le début il montre l'importance de la syphilis nerveuse et il cherche un critère clinique permettant de soupçonner dès la période primaire ou secondaire l'éclosion possible de tels accidents. Sur 47 cas de syphilis assez grave, 30 après des syphilis moyennes, 14 après des syphilis bénignes. Ces chiffres montrent bien le peu de cas que l'on peut faire de la gravité relative des accidents dans le pronostic d'une syphilis nerveuse. Ensuite le Docteur MILIAN se borne à reprendre les chiffres de FOURNIER qui montrent que sur 4.400 cas on peut mettre en évidence 5.762 déterminatoints tertiaires dont 1.851 cas de syphilis nerveuse à opposer à 1.620 cas de syphilides cutanées et hypodermiques. Comme l'a montré le tableau établi avec les chiffres de FOURNIER, le cerveau est l'organe le plus atteint avec les 758 cas de syphilis cérébrale et les 86 cas de paralysie générale. Le tabès vient ensuite, puis la syphilis médullaire, les paralysies oculaires, etc.. MILIAN insiste sur cette importance des syphilis nerveuses et ajoute :

« Encore est-il vraisemblable que nos chiffres soient au-dessous de la réalité, car bien des maladies nerveuses dont nous cherchons encore l'étiologie relèvent sans doute de la syphilis et, d'autre part, dans la pratique médicale courante, la nature syphilitique de beaucoup d'affections nerveuses est méconnue ».

Dès cette époque MILIAN écrit aussi : « La date d'apparition des accidents nerveux est variable ; ils peuvent se montrer à tout âge de la maladie, aussi bien à la première qu'à la trentième année de celle-ci, avec une prédominance pourtant de la troisième à la dixième année ». Cette prédominance, nous en trouvons la notation dans FOURNIER ; nous la retrou-

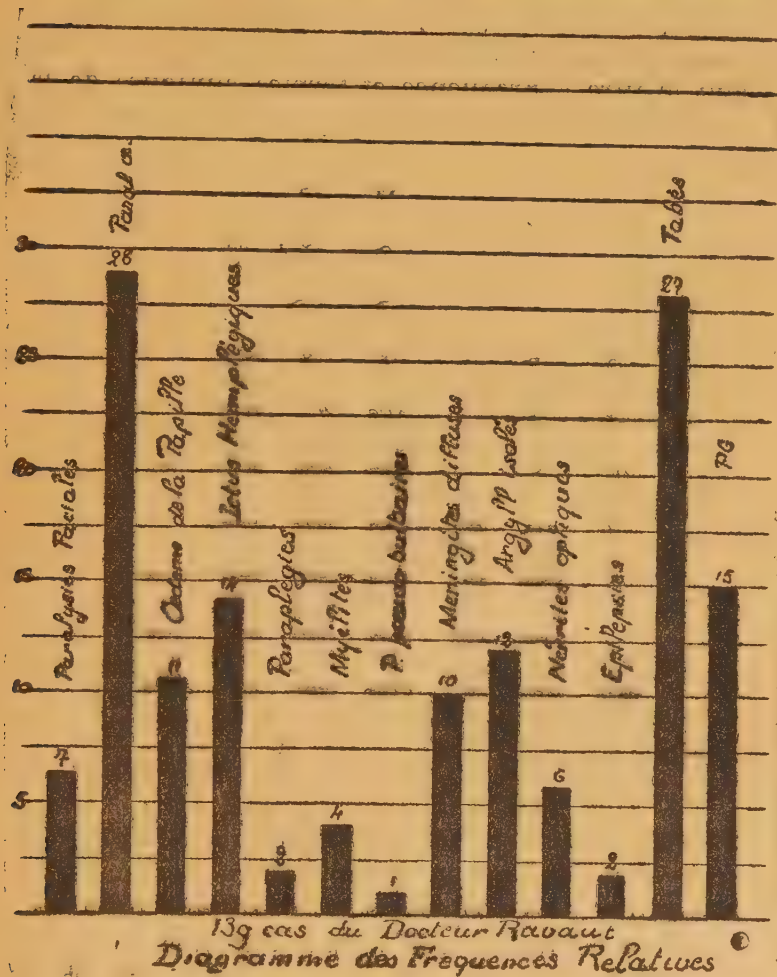
verons toujours et nous en ferons état dans nos conclusions quand nous parlerons de l'examen complet du syphilitique et de la ponction lombaire unique, si possible à la fin de la troisième année d'évolution.

Comme le laissait prévoir MILIAN dans le traité de GAUCHER, peu à peu les déterminations nerveuses se sont précisées, surtout depuis l'entrée de la ponction lombaire, dans la pratique courante. Et, plus encore que précisées elles se sont groupées, elles sont entrées dans le cadre de l'étiologie et de la localisation.

C'est alors qu'en 1919, notre maître le Docteur RAVAUT établit une statistique nouvelle. Sur 1.000 dossiers de syphilitiques pris au hasard dans son fichier personnel, il releva 139 cas de syphilis nerveuse. Le détail du tableau dressé nous permet de voir la fréquence relative des paralysies oculaires dont le clocher dépasse celui du tabès avec lequel il forme les deux sommets de la courbe. Cette courbe de fréquence n'a été établie que jusqu'à la quinzième année ; elle montre, comme l'a laissé entrevoir MILIAN, que la période d'apparition du plus grand nombre de cas des syphilis nerveuses s'étend sur les 10 premières années. La courbe est ici pourtant influencée par les cas d'œdème de la papille, au nombre de 11 pour la première année, et qu'on ne retrouve plus ensuite.

La différence principale entre le travail du Docteur RAVAUT et celui que nous venons de faire dans son service réside en ce fait que, pour le premier on ne s'est occupé que de la détermination nerveuse existante, confirmée par les signes cliniques et la biologie, alors que dans le second on s'est attaché, en dépouillant les dossiers, à rechercher le premier

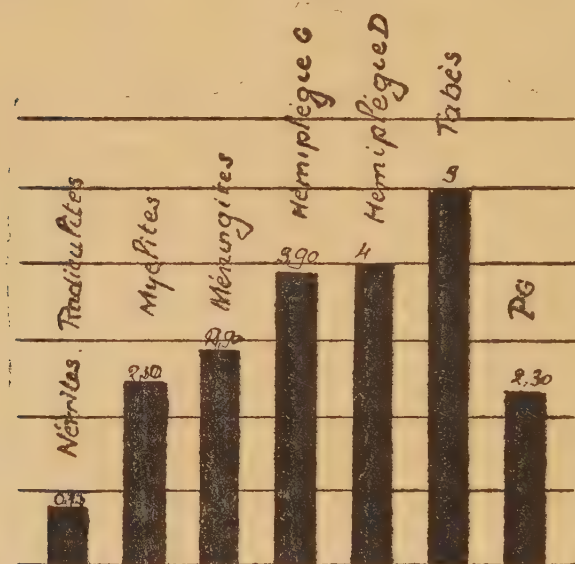
signe clinique d'une détermination nerveuse quelconque et sa date d'apparition. Nous verrons au cours de l'étude des documents et de la statistique du ser-



vice comment nous avons été, par là même, amenés à établir un plus grand nombre de catégories.

Le plus récent travail statistique de syphilis ner-

veuse, qui n'a du reste trait qu'à la fréquence, est une note des Docteurs ALURRALDE et SEPICH, communiquée au Comité de l'Office International d'Hygiène Publique en Mai 1928 par le Professeur ARAOZ ALFARO, Délégué de la République Argentine, et portant le titre « Fréquence et formes cliniques de la syphilis nerveuse à Buenos-Ayres ». Ce travail se



Pourcentage de Fréquences selon Alurralde et Sepich

donne surtout pour but de montrer que l'emploi des arséno-benzols rend les complications nerveuses de la syphilis plus fréquentes et aussi plus précoces. L'étude est faite de 1915 à 1926. Sur 7.826 malades les auteurs trouvent 1432 neuro-syphilitiques, leur nombre en Argentine étant de plus en plus élevé, puisque de 14.15 % en 1915 il passe à 18 % en 1918, à 24.20 % en 1922, pour redescendre à 21.67 % en

1925. En particulier le tabès et la paralysie générale présentent une progression croissante allant, pour le premier de 2,59 % en 1916 à 5,10 en 1925, pour la seconde de 1,55 % en 1916 à 2,30 % en 1925. Le tableau qu'ALURRALDE et SEPICH publient montre lui aussi la prédominance du tabès et l'importance des hémiplegies, sur quoi nous reviendrons en étudiant la statistique du service RAVAUT à Saint-Louis.

Nous ne ferons, pour finir cette étude de l'histoire de la question, que citer la note du Docteur Thomas PARRAN, communiquée par le Docteur TALIAFERRO-CLARCK à l'Office International d'Hygiène Publique, et intitulée « Fréquence du Tabès et de la paralysie générale aux Etats-Unis », qui s'attache à déterminer le nombre des décès par tabès ou paralysie générale et à observer la diminution de leur fréquence depuis la pratique de l'impaludation.

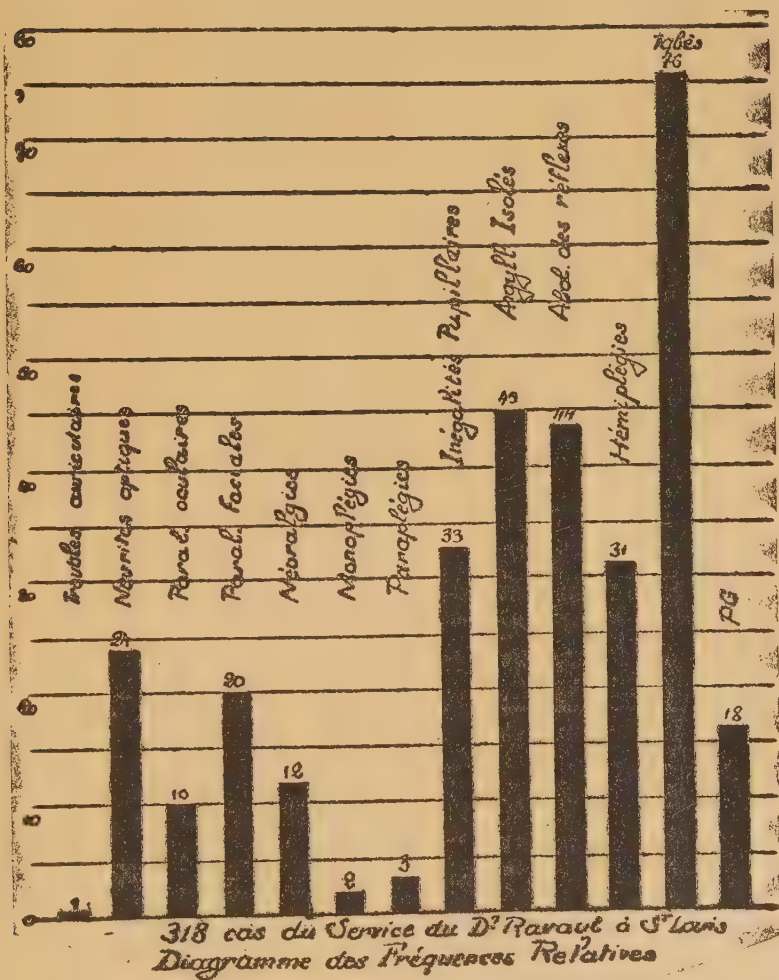
STATISTIQUE DU SERVICE DU Dr RAVAUT A L'HOPITAL St-LOUIS

Comme nous l'avons déjà exposé en discutant les bases de la statistique que nous entreprenons d'établir, nous avons disposé de l'ensemble des dossiers syphilitiques traités dans le service du Docteur RAVAUT depuis la prise de possession du service par ce dernier. Nous avons ainsi pu dépouiller 6.113 documents parmi lesquels nous avons trouvé 318 cas de syphilis nerveuse. Nous ne pouvons pas opposer ces deux chiffres à ceux de FOURNIER, qui n'a tenu compte que des déterminations tertiaires de la syphilis. Il semble pourtant que la syphilis nerveuse soit en régression depuis 50 ans. La statistique RAVAUT, elle, est comparable à la nôtre, et nous voyons la neuro-syphilis passer en 12 ans de 139 pour 1.000 à 52 pour 1.000. Nous ne comparons pas nos chiffres à ceux de la statistique sud-américaine tirée d'un service de neurologie pure.

Pour chacun des dossiers de syphilitiques nerveux du service du Docteur RAVAUT nous avons noté le nom, l'âge du malade, l'année de son infection, le premier signe clinique de syphilis nerveuse et l'année de son apparition, la date du dernier traitement suivi, et, quand la ponction lombaire avait pu être pratiquée, les données obtenues. Il nous a ensuite été facile de relever, pour chacune des catégories, le nombre et l'âge d'apparition de chacun des signes

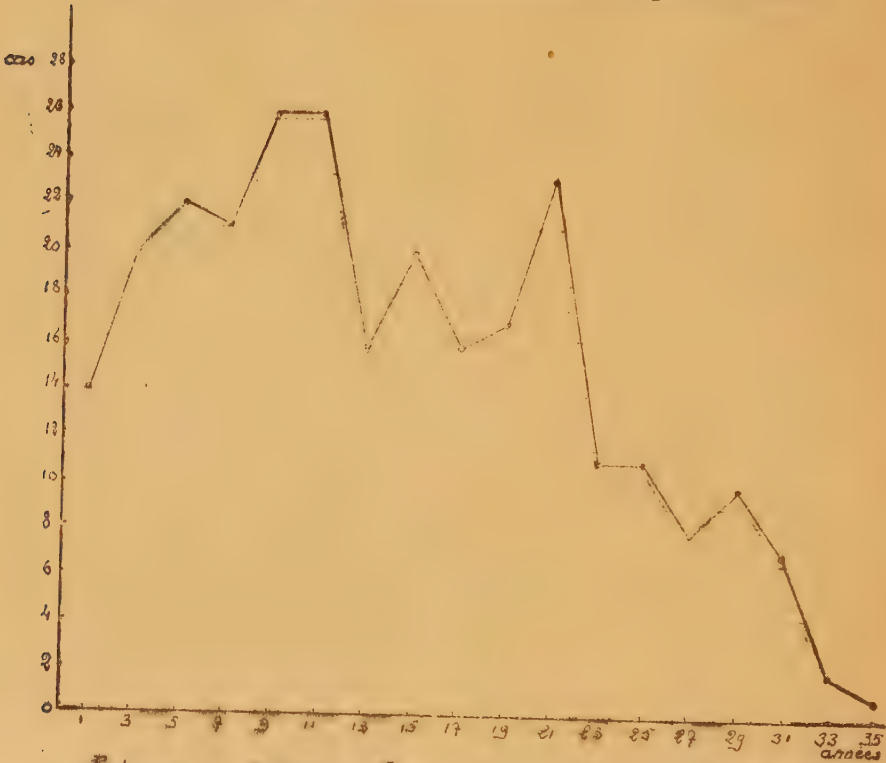
cliniques. Pour établir chacune de ces catégories, nous nous sommes laissés guider par la lecture des dossiers. Chaque fois qu'au cours de cette lecture un symptôme neurologique nous apparaissait nous créions une catégorie à son effet. C'est ainsi qu'à celles déjà établies par Alfred FOURNIER et le Docteur RAVAUT nous avons ajouté l'inégalité pupillaire quand la lecture de la suite du dossier nous révélait sa persistance ou l'aggravation de l'état nerveux du malade. Les abolitions des réflexes que nous avons d'abord groupées ont été rapidement divisées en abolition des réflexes achilléens, uni ou bilatérale, abolition des réflexes rotuliens, abolition des autres réflexes. Pour la facilité du schéma nous les avons regroupées, non sans en tirer la conclusion suivante : l'abolition des achilléens, même unilatérale, est un signe important, très précoce, d'invasion du système nerveux et en pratique courante il faut insister sur l'intérêt qu'on aurait à la rechercher systématiquement. Le signe d'ARGYLL-ROBERTSON occupe aussi une place importante dans notre statistique. Quand tous ces documents se sont trouvés réunis nous avons établi un tableau simple, portant en abscisses les signes cliniques retenus, en ordonnées les années d'évolution. Grâce à ces renseignements nous avons pu construire d'une part, un diagramme des fréquences relatives semblable à celui que nous avons dressé avec les statistiques FOURNIER-MILAN et le tableau du Docteur RAVAUT, d'autre part une courbe des échéances de la syphilis nerveuse. Cette courbe comporte un enseignement assez net selon lequel la proposition du Docteur MILAN se trouvait confirmée, à savoir que les déterminations nerveuses apparaissent à tout âge de l'affection, avec une prédominance de la 3ème à la 10ème année. A ceci s'ajoute l'apparition

d'un fait nouveau : un clocher autour de la 20ème année. Malheureusement, comme nous l'avons dit au premier chapitre de ce travail, le nombre trop



restreint de nos documents amenait dans nos courbes des dénivellations du simple au quintuple d'une année à l'autre. Nous avons alors tenté d'obvier à cet

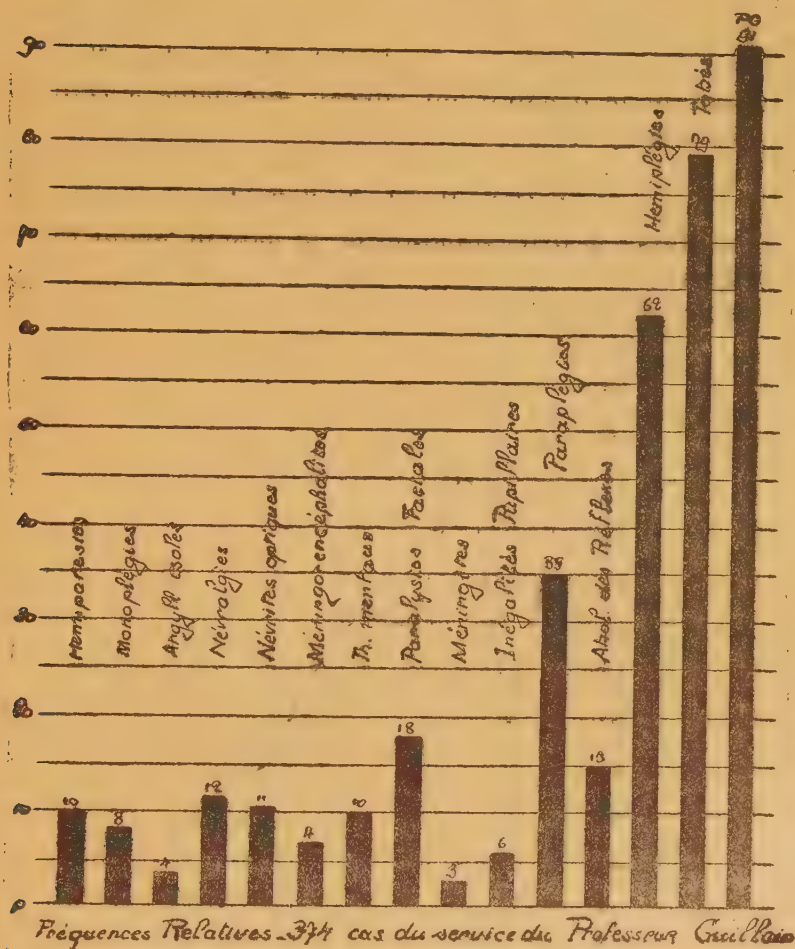
inconvenient en bloquant 2 années ensemble. Nous avons alors obtenu la courbe ci-dessous qui confirme



Echéances des 318 cas de Syphilis Nerveuse du Service du D^r Ravaut
l'enseignement dont nous parlions et met de plus en plus en évidence un petit clocher à 15 ans.

Nous nous étions fixé pour but la recherche de la date d'apparition du premier signe d'une syphilis nerveuse. La courbe que nous venons de publier l'indique. Il nous a alors paru intéressant de rechercher et de schématiser par la courbe les échéances de chacun de ces signes. Le travail était simple. En consultant le tableau dont nous avons parlé la simple lecture de la ligne horizontale nous permettait de

savoir le nombre des cas annuels dans chaque catégorie. Nous avons ainsi établi une série de courbes sur lesquelles nous allons revenir et dont certaines ont été complétées comme nous allons le voir.



L'insuffisance d'une statistique faite dans un seul service de syphiligraphie nous était très vite ap-

parue. C'est alors que nous avons tenté de la compléter dans le service de neurologie du Professeur GUILLAIN. Comme nous l'avons déjà dit nous y avons dépouillé 2.036 dossiers pris au hasard, d'où nous avons tiré 374 nouveaux cas de syphilis nerveuse. Là encore toute notre attention a été attirée par le premier signe clinique orientant le diagnostic. Nous avons tenté d'établir un tableau semblable à celui du Docteur RAVAUT et à celui que nous avons obtenu dans son service. Mais ici où les malades viennent le plus souvent déjà atteints de l'affection neuro-syphilitique, la détermination de la date de début est impossible dans 90 % des cas. Nous nous sommes servis des chiffres obtenus pour un graphique de fré-



Echéances sur 19 ans de 289 cas de Z.N.

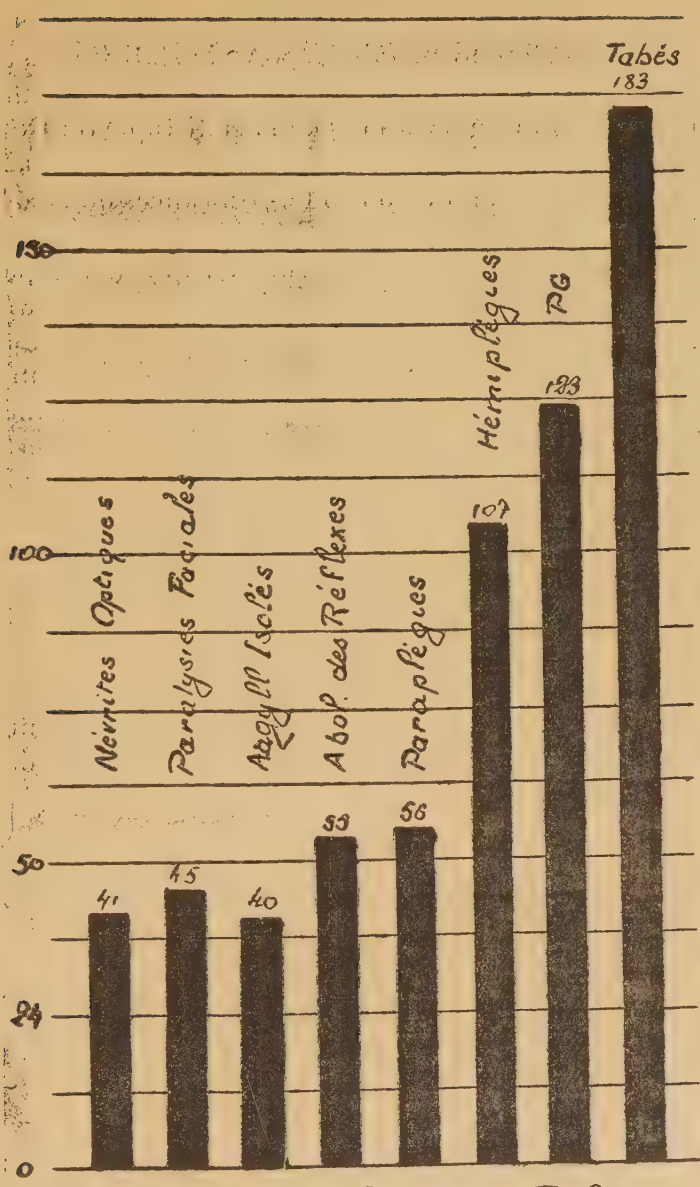
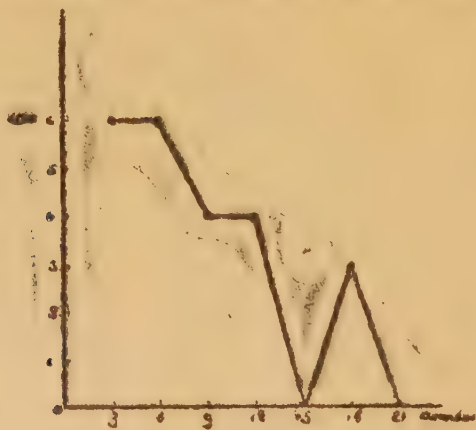


Diagramme des Fréquences Relatives

650 cas 15 ans

quence. Pour pouvoir faire reposer la statistique sur un plus grand nombre de cas, nous nous sommes permis d'additionner les cas de la statistique du Docteur RAVAUT à ceux de nos deux statistiques. Etant donné la limitation à 15 ans des échéances de la statistique RAVAUT, nous avons limité les nôtres au même temps ; la courbe ainsi obtenue, qui donne par conséquent le détail des 15 premières années, montre 2 nouveaux clochers particuliers, le premier à 3 ans, le second autour de la 6^e année. Quant au diagramme des fréquences relatives établi grâce aux mêmes sources et reposant sur 650 cas de syphilis nerveuse, il met encore en évidence la fréquence plus grande du tabès qui y entre pour 183, de la paralysie générale avec ses 123 cas, et de l'hémiplégie avec ses 107 cas. C'est en vertu du même principe de groupement que nous avons établi, chaque fois que ce fut possible, les courbes dont nous parlions tout à l'heure, courbes représentant graphiquement les échéances de chacune des déterminations nerveuses importantes auxquelles nous avons eu affaire. Pour la clarté des

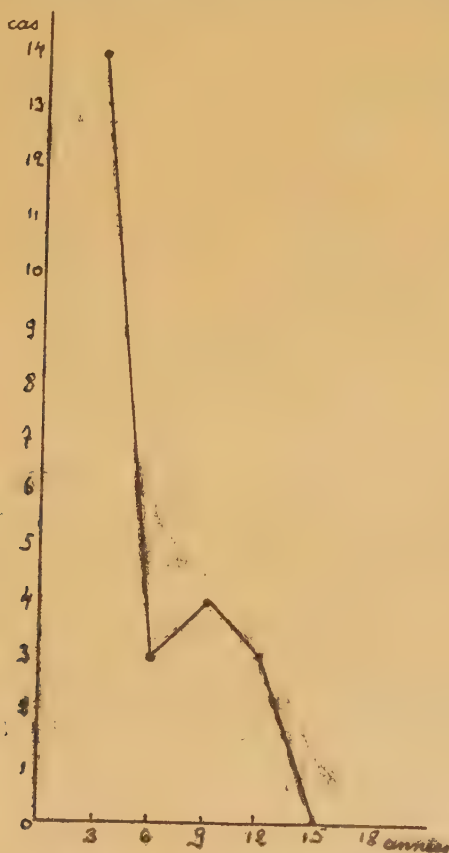


23 cas de Névrite Optique

graphiques et après les avoir établis par année, par 2 ans et par 3 ans, nous avons adopté ceux bloqués par 3 années.

Nous n'insisterons pas sur le graphique des névrites optiques qui montre nettement leur prédominance au cours des 10 premières années.

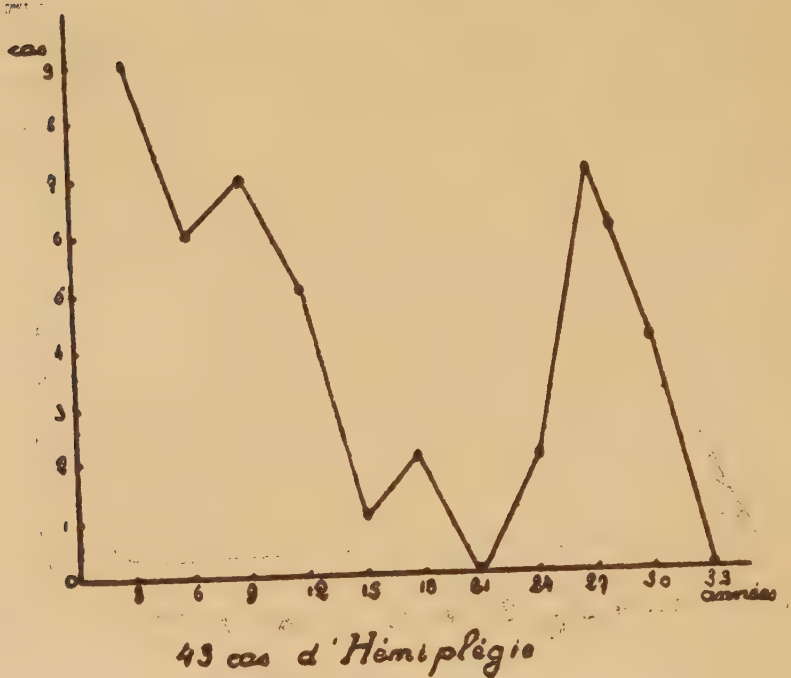
La courbe de l'apparition des paralysies faciales est instructive en ce qu'elle montre que cette affec-



24 cas de Paralysie Faciale

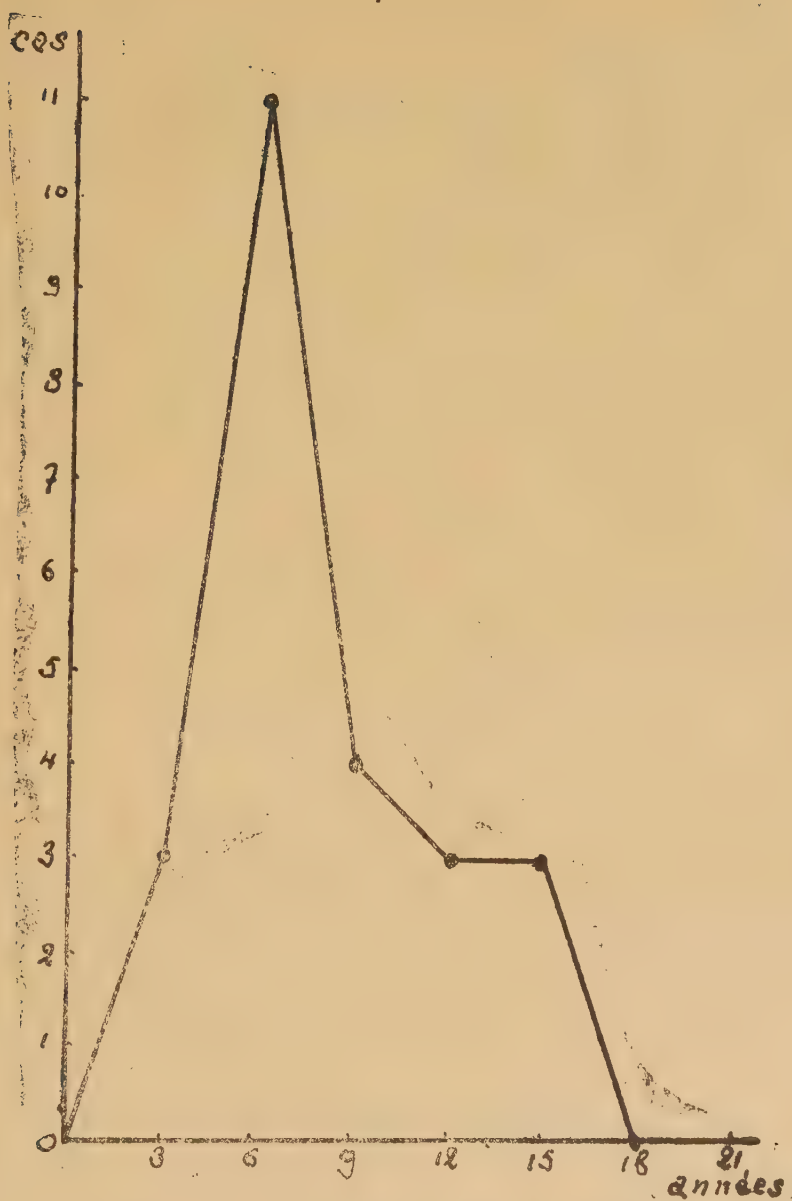
tion survient dès les premières années de la maladie et décroît ensuite pour disparaître avant la 15^e.

Nous insisterons, au contraire, sur les échancres du syndrome hémiplegique chez le syphilitique. En effet, il est intéressant de rappeler que l'hémiplé-



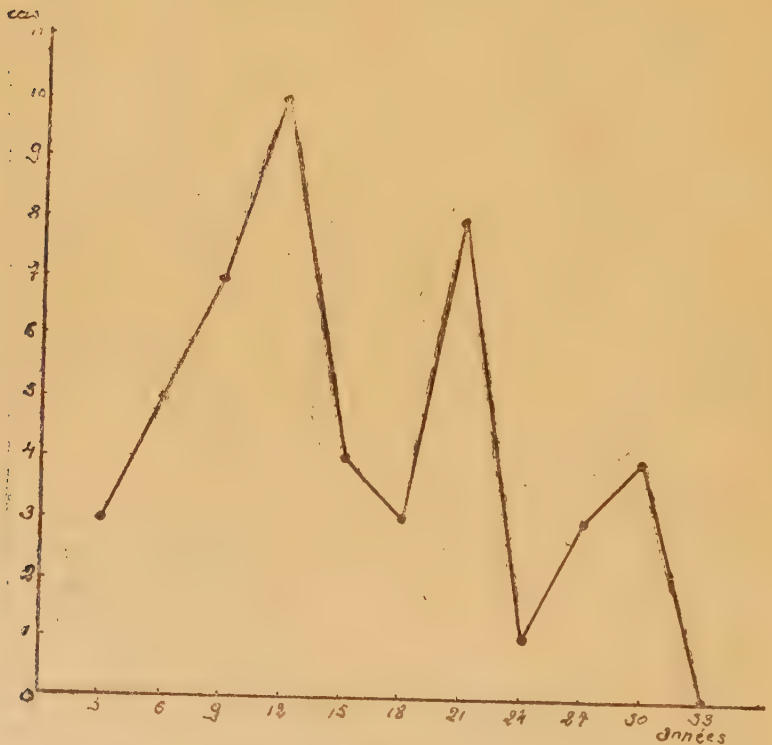
gie peut survenir dès le début de l'évolution de la syphilis. L'examen de la courbe est instructif à cet égard. Elle décroît progressivement après 10 ans pour réapparaître, resurgir, importante, chez le vieux spécifique, autour de sa 25^e année de maladie, et disparaître.

Nous avons ensuite groupé 4 courbes qui nous semblent le mériter : celles de l'inégalité pupillaire, de l'Argyll-Robertson isolé, de l'abolition des ré-



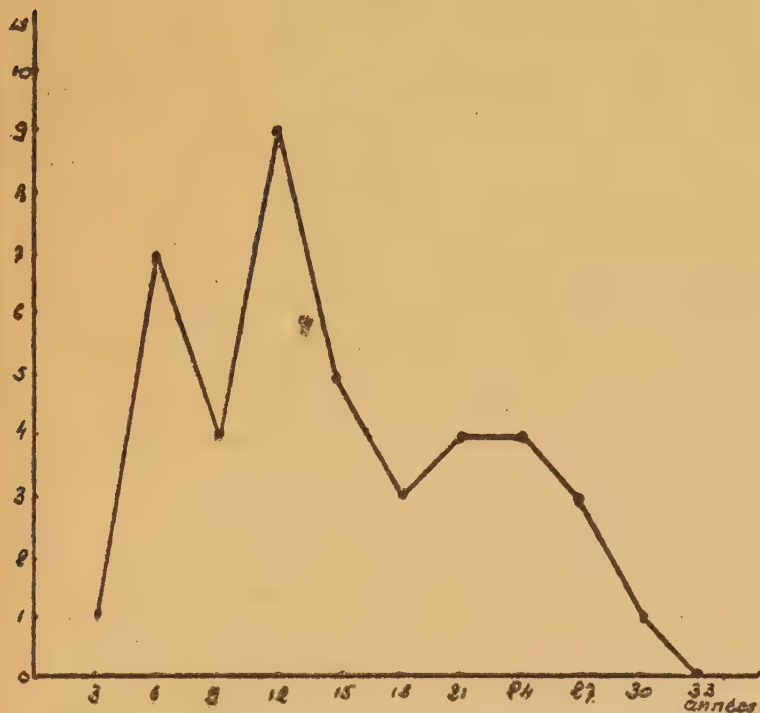
33 cas d'Inégalité Pupillaire

flexes et du tabès. Toutes ont un clocher principal. Celui de l'inégalité pupillaire est le plus précoce, net, marqué à la 6^e année. L'inégalité pupillaire est un signe de début. Dans les trois autres déterminations le clocher survient à la même époque, de la 10^e à la 12^e année. Mais alors que pour le tabès confirmé il est net, presque unique, pour l'Argyll-Robertson isolé une seconde pointe surgit autour de 20 ans. Pour la courbe d'abolition des réflexes il existe un premier clocher autour de la 6^e année, sur lequel il nous faut insister. En effet, tout à l'heure



60 cas de signe d'Argyll-Robertson isolé

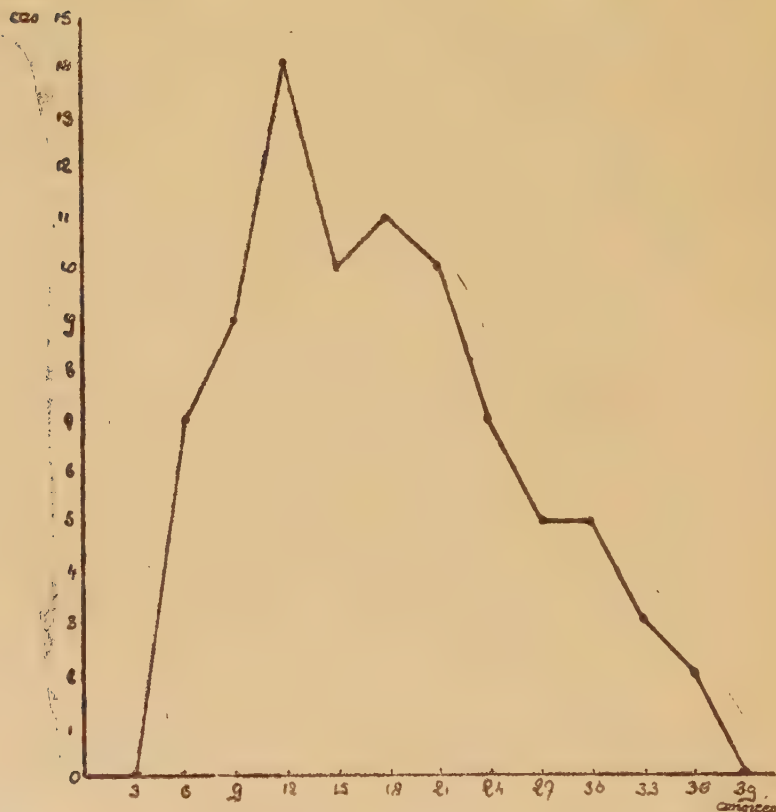
déjà, nous avons signalé que, primitivement, nous avions séparé l'abolition des réflexes achilléens de celle des réflexes rotuliens, et nous avons mis en évidence la précocité de la disparition des achilléens, l'intérêt de sa recherche systématique. Malheureu-



42 cas d'Abolition des Réflexes.

sement, le nombre de documents que nous avons étudiés nous a obligés à grouper sous une même étiquette toutes les abolitions de réflexes. Mais l'abolition des achilléens se montre tout de même et c'est elle qui nous donne le clocher de la 6^e année, le clocher relativement précoce.

Nous n'avons pas établi de semblable courbe pour les déterminations à importance moindre ni



83 cas de Tabès

pour la paralysie générale. Dans ce dernier cas elle ne nous aurait apporté aucune lumière. La P. G. est tardive, ne survient, sauf exception rarissime, jamais avant la 10^e année. Elle se répartit ensuite également sur les années suivantes. Une conclusion s'impose dès lors. Les déterminations nerveuses ménin-

gétiques sont cliniquement précoces, alors que les complications parenchymateuses sont cliniquement tardives. Le Docteur RAVAUT a montré que ces dernières sont révélées précocement par la ponction lombaire.

Etablir une statistique nécessite une documentation immense. Nous ne l'ignorons pas et nous savons que seul un organisme centralisateur pourrait la réunir. Toutefois, en regardant les courbes d'ensemble et les courbes de détail que nous avons établies nous constatons que nous sommes le plus souvent d'accord avec les auteurs qui nous ont précédé. Quant à la fréquence relative, nous nous rencontrons avec FOURNIER, MILIAN, RAVAUT, ALURRALDE, pour dire que le tabès est la plus fréquente des terminations nerveuses de la syphilis, qu'ensuite vient la paralysie générale. Nous insistons sur le progrès de la P. G. dont le rapport au tabès tend à diminuer. Nous mettons aussi en évidence la très grande fréquence de l'hémiplégie. Quant aux échéances nous sommes encore d'accord avec MILIAN pour affirmer l'importance des 10 premières années et avec FOURNIER et RAVAUT pour insister sur la prédominance de la 3^e année qui marque le sommet principal de la courbe. Le conseil de notre maître, le Docteur RAVAUT, prend alors toute son importance : devant l'impossibilité quasi formelle où l'on est d'imposer à des malades plusieurs ponctions lombaires, il faut les pousser à en accepter une à la fin de la 3^e année d'évolution ; c'est dans le liquide alors obtenu que les recherches citologiques, chimiques et sérologiques seront les plus fructueuses.



Au cours du travail que nous venons de faire dans le service du Docteur RAVAUT, à Saint-Louis, l'intérêt d'une statistique et de graphiques reposant sur un grand nombre d'expériences est nettement apparu. Encore une fois, seul un organisme important peut atteindre ce but : organisme tel que l'Office International d'Hygiène Publique ou la Commission de Médecine et d'Hygiène de la Société des Nations. Il lui faudrait établir une fiche simple, facile à remplir, portant sur un nombre de catégories restreint, plus ou moins inspirée du modèle de celle établie pour l'enquête récente de la Société des Nations. Ce type unique de fiche pourrait être distribué dans tous les services syphiligraphiques et neurologiques des Etats adhérents, la centralisation à date fixe pourrait être prescrite, le classement de ces fiches et l'établissement des graphiques serait alors facile. De telles statistiques, de telles courbes acquerreraient la valeur du nombre, et bien qu'encore très relatives eu égard au nombre de malades qui échapperaient à ce recensement, approcheraient de la vérité. On y trouverait alors des indications précises et des enseignements fructueux.

CONCLUSIONS

L'étude des dossiers du service de syphiligraphie du Docteur RAVAUT, à laquelle est venue s'ajouter, en ce qui concerne la fréquence, celle de documents du service du Professeur GUILLAIN et de quelques sources antérieures, montre que :

Les échéances des déterminations nerveuses de la syphilis surviennent au maximum dans les 10 premières années de l'évolution, avec prédominance au cours de la troisième. Il faut signaler également une recrudescence importante du nombre de ces déterminations aux environs de la 20^e année. Il y aurait donc intérêt à adopter la proposition de notre maître le Docteur RAVAUT, qui, devant l'impossibilité de pratiquer plusieurs ponctions lombaires au même malade, conseille une seule ponction à la fin de la 3^e année.

L'étude de la fréquence relative de chaque détermination met en évidence la proportion importante des cas de tabès, immédiatement suivis de ceux de paralysie générale, puis de ceux d'hémiplégie.

L'étude des échéances de chacune des déterminations nerveuses de la syphilis montre la précocité des accidents de paralysie faciale, puis de ceux de névrite optique.

Le tabès et ses signes précurseurs surviennent à tous les âges de la syphilis, mais surtout autour de la 12^e année.

La paralysie générale est tardive, survenant rarement avant la 10^e année.

La courbe des échéances de l'hémiplégie présente deux clochers intéressants, l'un, précoce, rappelle que l'hémiplégie peut être un accident du syphilitique jeune, l'autre, tardif, est plus classique.

Cette statistique a permis enfin de mettre en lumière les difficultés que l'on rencontre pour l'établir, surtout elle montre les causes d'erreur qu'il faut s'efforcer de vaincre dans les travaux ultérieurs qui devront, pour acquérir une valeur plus grande, reposer sur une documentation très étendue.

Vu : Le Doyen,
BALHAZARD.

Vu : Le Président,
G. GUILLAIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

FOURNIER. — Traité de la Syphilis.

MILIAN. — La Syphilis nerveuse, *in* Traité de GAUCHER.

RAVAUT. — Les conséquences d'une réaction positive ou négative du liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis, d'après 30 ans d'observation. La période biologique de la syphilis nerveuse.

ALURRALDE et SEPICH. — Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique, 1928.

DEKEYSER. — Bruxelles Médical, 1928.

BERNARD. — Diagnostic des Syphilis nerveuses, Bruxelles Médical, 1929.

GAUCHER et BIZARD. — Statistique des Syphilis contractées par les militaires depuis la mobilisation et traitées dans le service clinique de l'Hôpital Saint-Louis. Ann. Mal. Vén., 1916.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
Bases de la Statistique	13
Historique	19
Statistique du Service du Dr. Ravaut à l'Hôpital Saint- Louis	27
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	45

